

# WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE BEITRITTSERKLÄRUNG

## UBEZPIECZENIE OD DNIA

(Ja, ich möchte Mitglied der Novitas BKK werden ab dem) \_\_\_\_\_

### DANE OSOBOWE

(Angaben zur Person)

<input type="text"/> Nazwisko, Imię (Name, Vorname)	<input type="text"/> Data urodzenia (Geburtsstag)	<input type="text"/> płeć (Geschlecht)
<input type="text"/> Nazwisko rodowe (Geburtsname)	<input type="text"/> Miejsce urodzenia (Geburtsort)	
<input type="text"/> Ulica i numer domu (Straße, Hausnummer)	<input type="text"/> Kraj urodzenia (Geburtsland)	
<input type="text"/> Kod pocztowy/Miejscowość (PLZ/Ort)	<input type="text"/> Numer ubezpieczenia emerytalnego, jeśli znany (Rentenversicherungsnummer, falls zur Hand)	
<input type="text"/> E-Mail (E-Mail-Adresse)	<input type="text"/> Stan cywilny (Familienstand)	
<input type="text"/> Telefon (Telefonnummer)	<input type="text"/> Narodowość (Nationalität)	

- Wskazanie numeru telefonu oraz adresu e-mail: (Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse.)  
Stawiając krzyżyk, wyrażam zgodę, na kontaktowanie się przez Novitas BKK ze mną drogą mailową lub telefoniczną na mój numer telefon stacjonarny lub komórkowy bądź na adres e-mail w celach przekazania informacji odnośnie świadczenia usług przysługujących mi z tytułu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, innych dodatkowych usług, usług własnych oraz zmian w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym lub w innych sprawach dotyczących mojego ubezpieczenia. Zgoda udzielona Novitas BKK może być w każdej chwili odwołana listownie, faksem, pocztą elektroniczną lub telefonicznie. Wyklucza się przekazywanie danych osobom trzecim. Przekazanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Brak odpowiedzi nie powoduje żadnych negatywnych konsekwencji.

### TYTUŁ

(Beruf / Tätigkeit)

- Osoba zatrudniona (Arbeitnehmer)     Praktykant (Auszubildender)     Student (jeśli tak, należy dołączyć zaświadczenie studenckie o ukończonych semestrach) (Student (Wenn ja, Studienbescheinigung mit Angabe der Fachsemester beifügen))     ponadto ubezpieczony jako: (sonstig versichert als:)

### Studiując pracuję:

(Ich arbeite neben dem Studium:)

Ilość godzin pracy w tygodniu:

(Anzahl der Wochenarbeitsstunden:)

Mam dzieci:

(Ich habe Kinder:)

- do 450 Euro miesięcznie (bis 450 Euro monatlich)     powyżej 450 Euro miesięcznie (über 450 Euro monatlich)  
 do 20 godzin (bis 20 Stunden)     powyżej 20 godzin (über 20 Stunden)  
 tak (ja)     nie (nein)

### ZATRUDNIONY W

(Ich bin beschäftigt bei)

<input type="text"/> Nazwa Firmy (Name des Arbeitgebers oder des Ausbildungsbetriebs)	<input type="text"/> Kod pocztowy /Miejscowość (PLZ/Ort)
<input type="text"/> Ulica (Straße, Hausnummer)	

### DOTYCHCZAS UBEZPIECZONY / PROSĘ DODAĆ ZAŚWIADCZENIE Z OSTATNICH 18 MIESIĘCY.

(Letzte Krankenkasse/Krankenversicherung in den letzten 18 Monaten)

Ubezpieczony przez: (Zuletzt war ich:)

- Ubezpieczenie w kasie chorych (selbst versichert)     Ubezpieczenie rodzinne w kasie chorych (familienversichert)     Ubezpieczenie prywatne (privat versichert)     Bez ubezpieczenia (nicht versichert)     Ubezpieczony za granicą (im Ausland versichert)

  
od (von)  
do (bis)  
Nazwa ostatniej kasy chorych + dołączyć potwierdzenie wypowiedzenia z ostatniej kasy chorych  
(Name der letzten Krankenkasse/Krankenversicherung + Kündigungsbestätigung der letzten Krankenkasse beifügen)

- Tak, mam członków rodziny do ubezpieczenia. Proszę o wniosek dla członków rodziny.

(Ja, ich habe Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.)

### PODPIS

(Unterschrift)

Miejscowość, Data, Podpis (Ort, Datum und Unterschrift)

**Wskazówka dotycząca ochrony danych: Akwizycja danych następuje na podstawie upoważnień ustawowych i jest niezbędna do realizacji zadań przez Novitas BKK. Z dniem rozpoczęcia Państwa członkostwa w Novitas BKK są Państwo automatycznie objęci również ochroną w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Dalsze informacje na temat przetwarzania danych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia o ochronie danych (DSGVO) znajdą Państwo pod adresem: novitas-bkk.de/datenschutz. Staß: BEP 12|2019**

### KONTAKT

(Kontakt)

Novitas BKK – 47050 Duisburg – 24-godzinny-serwis 0800 664 8233\*  
E-Mail: info@novitas-bkk.de – Internet: www.novitas-bkk.de

\* bezpłatne na terenie Niemiec

  
Vermittlernummer  
Pracownicy (do uzupełnienia przez Novitas BKK)

**NOVITAS BKK**